

Gegevens verzekerde

Naam: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Geboortedatum: _____ telefoon: _____

Relatienummer: _____

Gegevens aanvragend arts

Naam: _____

Telefoon: _____

Datum: _____

Het huishouden bestaat uit _____ personen.

Is de verzekerde grote delen van de dag alleen? ja nee

Omschrijf situatie:

_____**Medische toelichting**

De verzekerde heeft een lichamelijke beperking of chronische aandoening?

 ja nee

Medisch diagnose:

_____**Is er sprake van medische of technische hulp om een levensbedreigende situatie te voorkomen?** ja nee

Omschrijf medische noodzaak/hulp:

_____**Welke vorm van onmiddellijke medische of technische hulp van buitenaf dient in geval van nood ingeroepen te worden?**_____
_____**Kan de verzekerde in een noodsituatie de telefoon zelf bedienen?** ja nee

Is er andere belangrijke informatie waardoor het handelen van de verzekerde wordt beperkt zoals bijvoorbeeld medicatie of een hulpmiddel waar de verzekerde van afhankelijk is?

Is er sprake van gebruik van zuurstofapparatuur?

ja nee

Is een gevoel van onveiligheid en angst de belangrijkste reden?

ja nee

Naam gekozen leverancier?

Is dit een gecontracteerde leverancier?

ja nee

Formulier dient ondertekend te worden door verzekerde en de behandelend arts. Bij een positieve beoordeling zal een akkoordverklaring worden doorgestuurd naar de gecontracteerde leverancier. U krijgt hierover schriftelijk bericht van ons.

Handtekening: _____

Handtekening¹: _____

¹ Hierbij geef ik de zorgverzekeraar ook toestemming om bij mijn behandelend arts informatie op te vragen.